

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de pathologie

FACULTE DE MEDECINE
Professeur Yusuf KAPANCI

**MALADIE DE MENETRIER
ET CARCINOME GASTRIQUE**
Etude de quatre cas

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Yves DOTTRENS

de

DENENS (Vaud)

Thèse No 3611

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1977

**MALADIE DE MENETRIER
ET CARCINOME GASTRIQUE**
Etude de quatre cas

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Yves DOTRENS

de

DENENS (Vaud)

Thèse No 3611

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1977

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Yusuf Kapanci, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 21 juillet 1977

Le doyen :
Marcel Jenny

Thèse No 3611



Je remercie vivement le docteur S. Widgren, instigateur de ce travail, pour son aide et ses encouragements.

Je remercie également le professeur Y. Kapanci pour ses précieux conseils.

J'exprime enfin ma reconnaissance à ma belle-soeur madame Anne-Marie Bauer, ainsi qu'à messieurs E. Denkinger et J.-C. Rübéli pour leur collaboration.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545915_0067

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	6
II.	CASUISTIQUE	7
III.	DISCUSSION	10
IV.	CONCLUSIONS	13
V.	RESUME	13
VI.	TABLEAUX (I à IV)	14-17
VII.	FIGURES (1 à 9)	18-22
VIII.	BIBLIOGRAPHIE	23

I. INTRODUCTION

Dans sa description princeps de 1888, Ménétrier distingue les polyadénomes polypeux des polyadénomes en nappe. Il en souligne déjà le caractère histologique évolutif vers le carcinome et décrit le premier cas d'une telle association.

En 1962, Martin et col. font le point sur ce qu'ils proposent d'appeler désormais "la gastropathie hypertrophique à plis géants". Après une revue complète de la littérature, ils retiennent 137 cas de GHPG dont 9 sont associés à un adénocarcinome gastrique (6 %). Ils rapportent en outre neuf observations personnelles parmi lesquelles on note deux cancers.

De 1962 à 1976, nous avons relevé dans la littérature 72 cas de maladie de Ménétrier dont 16 associations avec un cancer.

Durant une période de 19 ans (1957-1976), nous avons réuni à l'Institut de Pathologie de l'Hôpital Cantonal de Genève, 18 cas de maladie de Ménétrier. Quatre de ces cas font l'objet du présent travail et associent adénocarcinome de l'estomac et gastropathie hypertrophique à plis géants.

De notre étude, comme de la littérature révisée, nous avons exclu toute association autre que Ménétrier - adénocarcinome gastrique. De même, toute association cancer - Ménétrier sur un terrain particulier (gastro-entéroanastomose type Billroth II a été écarté (Dahm et Rehner).

Nous obtenons donc au total 236 cas de gastropathie hypertrophique à pli géant dont 31 sont associés à un cancer, soit une fréquence de 13 % (voir tableau 1).

Nous tenterons au cours de ce travail de mettre en évidence une relation de cause à effet entre la présence d'une maladie de Ménétrier et celle d'un adénocarcinome gastrique. Nous voulons en fait montrer qu'une gastrite d'un genre particulier, la gastrite de Ménétrier, peut être le terrain favorable au développement d'un carcinome.

II. CASUISTIQUE

Le résumé de ces cas, ainsi que les caractères macroscopiques et microscopiques, sont présentés dans les tableaux II et III

Cas No. 1 :

Chez un homme de 72 ans d'origine suisse, des investigations entreprises à la suite d'une diarrhée melaenique permettent de mettre en évidence une poly-
pose diffuse de l'estomac, du duodenum et du grêle (examens radiologiques et
endoscopiques faits en septembre 1972). Plusieurs biopsies endoscopiques donnent
le diagnostic d'adénocarcinome et l'indication opératoire d'une gastrectomie
totale est posée.

Examen anatomopathologique :

Pièce de gastrectomie totale de 35 cm. selon la grande courbure. La mu-
queuse est tapissée de polypes le plus souvent sessiles, parfois pédiculés, en
deux endroits confluents, une fois au niveau du corps de l'estomac et une deuxième
fois dans la région prépylorique, avec prolapsus dans le duodenum. Au niveau de
la face antérieure de l'antré, on trouve une formation tumorale bourgeonnante
de 7 x 5 x 2,5 cm (Fig. 1). Nombreux ganglions macroscopiquement non suspects.

Histologie :

Le bourgeonnement antral est un adénocarcinome papillaire peu invasif.
On retrouve dans les gros plis fundiques plusieurs petits foyers carcinomateux
du même type. Il n'y a jamais d'infiltrat carcinomateux au-delà de la muscularis
mucosae. Cet adénocarcinome plurifocal se trouve dans une muqueuse présentant
de gros plis avec des glandes hyperplasiques, allongées, parfois dilatées et
kystiques. Le stroma est oedematié, on note des plages d'infiltrats lymphoplasmo-
cytaires. Tous les foyers carcinomateux sont en terrain de GHPG. Tous les
ganglions examinés sont dépourvus de métastases.

Catamnèse :

Suites opératoires dramatiques. Réintervention le premier jour pour
un infarcissement de tout le jéjunum. Décès le deuxième jour post opératoire.

Le contrôle anatomique confirme l'infarcissement sphacéloïde du jéjunum
consécutif à la ligature d'une branche de l'artère mésentérique supérieure (nom-
breuses anomalies artérielles).

Cas No. 2 :

Patient de 44 ans d'origine italienne, hospitalisé en urgence en décem-
bre 1973 à la suite d'un melaena abondant. Transit et gastroscopie montrent un
gros ulcère sous-cardial sur un terrain polypoïde. La biopsie est en faveur d'un
adénocarcinome ulcéré. Gastrectomie totale.

Examen anatomopathologique :

Une pièce de gastrectomie totale mesurant après fixation 30 cm selon la grande courbure. En position immédiatement sous-cardiale, sur la paroi antérieure, on trouve une volumineuse tumeur bourgeonnante d'environ 6 cm de diamètre; elle est ulcérée en son centre, présente des bords surélevés. En périphérie, quelques gros plis ont une muqueuse mamelonnée dont l'épaisseur à la coupe atteint 2 à 5 mm. La tranche de section chirurgicale proximale est macroscopiquement en territoire tumoral.

Histologie :

Il s'agit d'un adénocarcinome papillaire par place mucipare. En bordure, une muqueuse de transition (entre fundus et antre) par place très épaissie dont les glandes très allongées deviennent tortueuses et kystiques en profondeur. Ces glandes présentent une hyperplasie fovéolaire importante. Par endroits infiltrats lymphoplasmocytaires, stroma oedématié, quelques métaplasies intestinales. A proximité du carcinome, mais en muqueuse non tumorale, on trouve des glandes non tumorales avec des métaplasies intestinales, des métaplasies "anarchiques", de franches dysplasies, des cellules carcinomateuses. On trouve également des foyers carcinomateux dans les kystes résiduels. Tous les ganglions examinés sont métastatiques.

Catamnèse :

Rémission pendant un an. Puis récidive avec métastatisation à distance (ganglions de Troisier). Décès en décembre 1975. Pas de contrôle anatomopathologique.

Cas No 3 :

Patient de 55 ans dans les antécédants duquel on note de nombreuses interventions de chirurgie vasculaire périphérique. A la suite d'un pontage ilio-fémoral gauche en septembre 1974, ce patient développe une hémorragie digestive haute. Les investigations permettent de poser le diagnostic de carcinome ulcéré de la petite courbure. Gastrectomie polaire supérieure.

Histologie :

Importante hyperplasie de la muqueuse gastrique avec dilatations glandulaires kystiques disséminées dans la muqueuse, parfois dans la sous-muqueuse. Hyperplasie fovéolaire. Infiltrats lymphoplasmocytaires. Dans ce terrain, on trouve un adénocarcinome plus ou moins différencié, par endroits bien délimité par rapport à la maladie de Ménétrier, ailleurs les limites sont moins nettes, sans retrouver toutefois des zones de transition évidentes. La tranche de section chirurgicale distale est en terrain de Ménétrier. Une métastase ganglionnaire. Ce patient a été perdu de vue.

Cas No. 4 :

Homme de 69 ans, habituellement en bonne santé, hospitalisé à la suite d'une hématomérose unique et d'une perte de poids de 6 kg en 6 mois. Les investigations pratiquées (endoscopie, transit baryté) montrent une volumineuse tumeur ulcérée des deux tiers supérieurs de l'estomac. Gastrectomie totale palliative en raison d'importantes masses ganglionnaires coeliaques (décembre 1974).

Examen anatomopathologique :

Une pièce de gastrectomie totale mesurant, après fixation, 19 cm selon la petite courbure. Les trois quarts de la surface fundique présentent de gros plis, d'aspect cérébriforme ou polypoïde. Sur la face antérieure, on note deux ulcérations à pourtours irréguliers, l'une à 2 cm du cardia, l'autre à 10 cm du pylore. A la coupe, le tissu tumoral entourant ces ulcères envahit toute la paroi, y compris le mésogastre.

Histologie :

L'ulcération sous-cardiale est un adénocarcinome papillaire ulcéré envahissant toute la paroi et le mésogastre. On le retrouve dans les veines et les lymphatiques. La deuxième ulcération correspond également à un adénocarcinome généralement bien différencié. Ces deux carcinomes sont situés dans une zone de gros plis formés par des glandes allongées, avec hyperplasie fovéolaire et dilata-tions kystiques en profondeur. Par endroits infiltrats lymphoplasmocytaires. Ces aspects histologiques sont en faveur de la variété polyadénome en nappe, tandis que la formation polypoïde décrite macroscopiquement correspond à la variante polyadénome polypeux. Métastases ganglionnaires.

Suite simple. Après un an d'évolution, récurrence (carcinose péritonéale) nécessitant une caecostomie. Décès le 29 septembre 1976, sans vérification anatomique.

III. DISCUSSION

Si la maladie de Ménétrier est bien définie au point de vue morphologique (Ménétrier, Martin et col., Butz) et clinique (Lambling et Bader), sa nature reste mal comprise, en sont témoins les vingt synonymes relevés par Dagnelie (voir tableau IV). Morson suppose qu'il s'agit d'un hamartome. Whitehead ne se prononce pas sur sa nature, tout en précisant que cette affection ne devrait pas être considérée comme une gastrite hypertrophique, terme trompeur. Il n'en reste pas moins vrai que dans le tableau IV on relève onze fois la mention de gastrite. De plus les infiltrats inflammatoires sont décrits dans les travaux de Christopher, Chusid et col., Gillett, Martin et col. (1962-1966), bien que la mention de gastrite n'y figure pas. Par contre, Hawksley indique que la muqueuse montrait une gastrite atrophique.

Pour Morson et Dawson, la gastrite chronique atrophique n'est en elle-même pas un état précancéreux, mais c'est plutôt la métaplasie intestinale qui l'accompagne qui constitue la modification pré maligne. Nous savons en effet que l'incidence et l'extension de la métaplasie intestinale est beaucoup plus importante dans les estomacs atteints d'un carcinome que dans ceux ayant une lésion bénigne. De plus, il est bien connu que beaucoup de carcinomes se développent dans une zone de métaplasies intestinales (Morson 1955, 1962). Par ailleurs, le taux de carcinomes gastriques chez des malades atteints d'une gastrite chronique atrophique est significativement plus élevé que chez des sujets ayant une muqueuse normale (Siurala et col.). Marti et col. ont en outre relevé, dans une série de neuf carcinomes intramuqueux de l'estomac, l'association d'une gastrite chronique atrophique dans huit cas.

A notre avis, la maladie de Ménétrier est à considérer comme une variante de gastrite chronique de type "atrophique" si l'on s'en tient stricto sensu à la définition de Whitehead : infiltrats lymphoplasmocytaires en présence de métaplasie intestinale. Nous en rappelons ci-dessous les caractères macro et microscopiques.

Caractères macroscopiques :

Dans la maladie de Ménétrier, notre attention sera attirée par la taille de l'estomac et par son poids. Habituellement, on est frappé par la présence de gros plis, par un aspect cérébriforme localisé ou diffus, par une muqueuse souvent congestionnée, pourpre. (Martin et col.).

Suivant la description de Ménétrier, nous distinguons les polyadénomes polypeux, des polyadénomes en nappe. Chaque type de GHPG peut être soit localisé, soit diffus. La muqueuse est très souvent enduite d'une épaisse couche de mucus visqueux et adhérent. Extérieurement il n'y a pas de modification.

Dans notre étude, nous relevons deux polyadénomes en nappe, l'un localisé (cas No. 2), l'autre diffus occupant la totalité de l'estomac (cas No 3). Le cas No. 1 présente de nombreux polyadénomes polypeux tandis que notre dernier cas (cas No. 4) est mixte (polyadénomes en nappe et polyadénomes polypeux).

Sur un terrain de maladie de Ménétrier peut se développer un carcinome tantôt ulcéré, tantôt exophytique, parfois intramuqueux. Cette association sera discutée ci-dessous.

Caractères microscopiques :

Les caractères histologiques, quel que soit le type de GHPG, sont superposables (Fig. 3). Les glandes sont allongées, longues, droites, tortueuses à la base, parfois dilatées et kystiques. Très souvent ces kystes pénètrent dans la muscularis mucosae et la dissocient. Ce fait est un des caractères essentiels des formes avancées. Le revêtement cellulaire est caractérisé par le remplacement des cellules glandulaires par des cellules caliciformes mucosécrétantes, cubiques ou cylindriques. Quelques métaplasies intestinales semblent parfois anarchiques en raison de la taille des glandes.

Le stroma est oedématié, présente des plages plus ou moins importantes d'infiltrats lymphoplasmocytaires. La muscularis mucosae est fragmentée en plusieurs faisceaux, ce qui produit un amincissement suffisant pour expliquer le passage des glandes dans la sous-muqueuse. Le reste de la paroi n'est que peu ou pas modifié.

Si nos critères anatomiques sont proches de ceux définis antérieurement, nous utilisons une nomenclature quelque peu modifiée afin de mieux définir l'évolution possible de la gastrite de Ménétrier vers l'adénocarcinome.

- Métaplasies intestinales

- Métaplasies intestinales anarchiques :

grosses cellules caliciformes éosinophiles.

- Métaplasies basophiles à gros nucléoles :

elles sont constituées de glandes de forme plus ou moins régulière, dont les cellules sont relativement grandes et basophiles, renfermant un gros noyau ovalaire avec un seul gros nucléole bien visible. Ce type de métaplasie est à distinguer de la dysplasie dont la définition de Whitehead a été reprise ci-dessous. Les métaplasies tant anarchiques que basophiles à gros nucléoles sont souvent associées à un infiltrat lympho-plasmocytaire.

- Dysplasie :

selon Whitehead, une dysplasie se caractérise par la perte de sécrétion du mucus, par une importante variation de taille des noyaux et par une augmentation du nombre des mitoses, cela en l'absence de tout infiltrat lymphoplasmocytaire.

Dans nos cas de carcinomes associés à une maladie de Ménétrier, nous avons noté la séquence métaplasie intestinale (Fig. 4), métaplasie intestinale anar-

chique (Fig. 5), métaplasie basophile à gros nucléole (Fig. 6), dysplasie (Fig. 7), carcinome intra-muqueux (Fig. 8), carcinome (Fig. 9). La révision de nos autres cas de la maladie de Ménétrier dépourvus de carcinome nous a montré la présence de métaplasie intestinale, exceptionnellement de métaplasie basophile à gros nucléole, mais n'a jamais montré de dysplasie.

En tant que variante de gastrite chronique, la maladie de Ménétrier est donc à considérer comme un état prédisposant au développement d'un carcinome.

Dans les cas de carcinome associé à une maladie de Ménétrier retrouvés dans la littérature (tableau I), certains auteurs n'ont pas pu établir une relation entre les deux conditions (Rubin et Fink, Matzner et col., Loewenthal et col., Palumbo et co.). D'autres, par contre, estiment que la maladie de Ménétrier est un état précancéreux (Bourdais et col.), qu'il y a, dans ces conditions, une tendance accrue à la transformation maligne (Chusid et col.).

IV. CONCLUSIONS

Avec Martin et col. (1966), nous estimons que la maladie de Ménétrier favorise le développement d'une néoplasie gastrique. En effet, la fréquence de carcinomes y est élevée (Martin et col. $15/155 = 10 \%$, notre révision $31/236 = 13,14 \%$). Le taux est supérieur à celui que l'on trouve dans l'anémie pernicieuse (6 à 10 %) ou dans une gastrite chronique atrophique (10 % selon Siurala et Seppälä). Comparés à l'incidence dans la population genevoise (environ 19 par 100.000, RGT), ces chiffres nous paraissent convaincants pour renforcer notre hypothèse que la maladie de Ménétrier constitue un terrain favorable au développement d'un carcinome gastrique.

V. RESUME

De 1888 à 1976, nous avons relevé 236 cas de gastropathie hypertrophique à plis géants, dont 31 cas d'association avec un cancer. Parmi 18 cas personnels nous notons quatre associations GHPG-cancer. L'étude des caractères anatomiques macro et microscopiques sont en faveur de la dégénérescence de ce type très particulier de gastrite chronique qu'est la maladie de Ménétrier en adénocarcinome.

TABLEAU I

Récapitulation des associations GHPG-cancer dans la littérature :

1888	Ménétrier	1 cas
1922	Mills	1 cas
1937	Christopher	1 cas
1951	Matzner	1 cas
1951	Palumbo	1 cas
1953	Texter	1 cas
1956	Tacquet et Luez	1 cas
1956	Gillet	1 cas
1960	Loewenthal	1 cas
1962	Martin	2 cas
1963	Hawksley	1 cas
1964	Chused	1 cas
1966	Martin	4 cas
1967	Rubin et Finck	1 cas
1968	Rossetti	1 cas
1969	D.D. Moeller	1 cas
1971	Gignoux	1 cas
1973	Hureau	3 cas
1975	Bourdais et col.	2 cas
1976	Stamatakis	1 cas
1977	cas personnels	4 cas
		31 cas

TABLEAU II

	Cas No. 1	Cas No. 2	Cas No. 3	Cas No. 4
	M. G. M.	M. G. Q.	M. F. W.	M. A. F.
Age	72 ans	44 ans	55 ans	69 ans
Sexe	H.	H.	H.	H.
Origine	Suisse	Italie	Suisse	Suisse
Type d'intervention	Gastrectomie totale	Gastrectomie totale	Gastrectomie polaire sup.	Gastrectomie totale
Localisation Ménétrier	Estomac en quasi totalité	Sous cardiale	totalité de l'estomac	fundus
Type de Ménétrier	polyadénome polypeux	polyadénome en nappe	polyadénome en nappe	deux types
Localisation tumeur	multifocal	sous cardiale	sous cardiale	1 ca sous cardial 1 ca fundique
Type de carcinome	adénocarcinome papillaire	adénocarcinome papillaire	adénocarcinome + différencié	adénocarcinomes papillaires
Degré d'invasion	intra muqueux	paroi	mésogastre	mésogastre
Méta ganglionnaires	-	+	+	+
Evolution	décès 48 h. post op.	décès après 24 mois		décès après 22 mois

TABLEAU III

Tableau résumé des caractères anatomopathologiques de nos quatre cas :

	<u>Cas No. 1</u>	<u>Cas No. 2</u>	<u>Cas No. 3</u>	<u>Cas No. 4</u>
Gros plis	-	+	-	++
Aspect cérébriforme	-	-	+++	+
Aspect polypoïde	+++	-	-	+
Allongement des glandes	+	++	+	+
Hyperplasie fovéolaire	+	++	+	+
Kystes	+	++	+	+
Infiltrat lymph-plasmo	+	+	+	+
Métaplasie intestinale vraie	+	+	(+)	+
Métaplasie intestinale anarchique	+	+	+	+ / ++
Métaplasie basophile avec noyau à gros nucléole	+	++	+	+ / ++
Dysplasie	+	+	+	+

TABLEAU IV

Tableau des synonymes d'après Dagnelie :

1. Gastrite hypertrophique géante
2. Gastrite hypertrophique à plis géants
3. Gastrite pseudo-tumorale
4. Gastritis hypertrophica gigantea
5. Gastritis mit maximaler Falten Hypertrophie
6. Gastropathia gigantea
7. Gastropathie hypertrophique à plis géants
8. Giant hypertrophic gastritis
9. Giant hypertrophy of the gastric mucosa
10. Giant gastric rugae
11. Giant rugae
12. Giant rugal hypertrophy of the stomach
13. Hypertrophie géante de la muqueuse gastrique
14. Maladie de Ménétrier
15. Massive hypertrophische Gastritis
16. Polyadenome en nappe
17. Protein-losing gastropathy
18. Pseudo-tumorose gastritis
19. Riesen-falten Gastritis
20. Tumor simulating gastritis

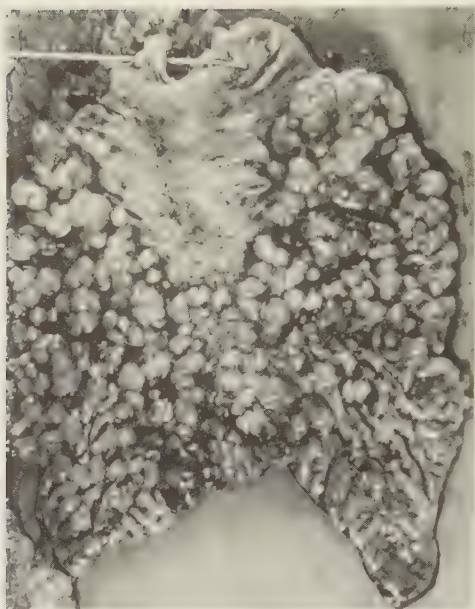


Figure 1 : Maladie de Ménétrier de type polyadénome polypeux. La sonde indique le pylore Tcas 1 : pièce de gastrectomie totale).

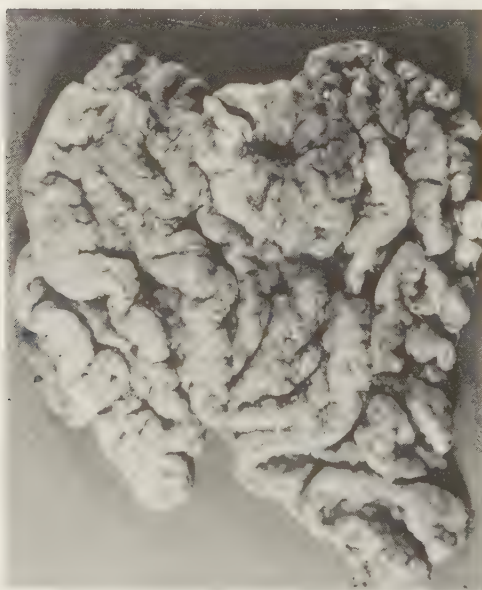


Figure 2 : Maladie de Ménétrier de type polyadénome en nappe à gros plis cérébriformes. A gauche le carcinome ulcéré (cas 3 : pièce de gastrectomie partielle).

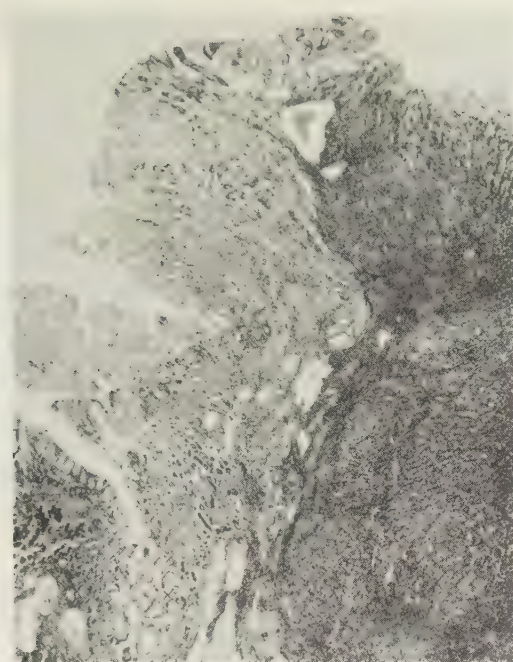


Figure 3 : Adénocarcinome envahissant la muqueuse de Ménétrier ; * = kystes résiduels dans la muqueuse et la sous-muqueuse (cas 3 ; hématoxyline-éosine ; 32 x).

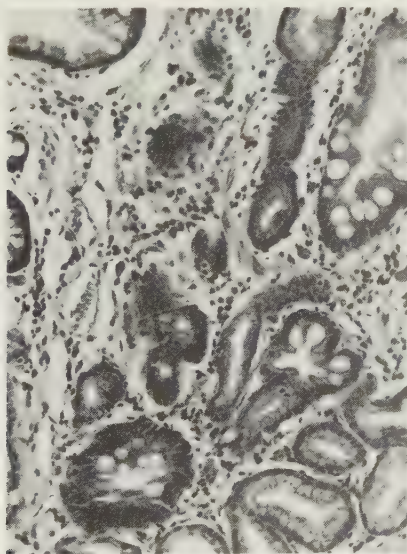


Figure 4 : Métaplasie intestinale simple (cas 1 ; hématoxyline-éosine ; 205 x).

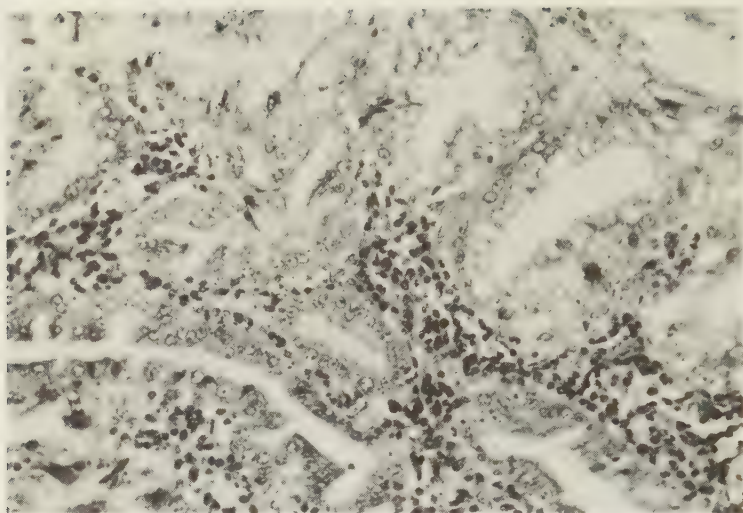


Figure 5 : Métaplasies intestinales "anarchiques"
(a) et métaplasies basophiles à gros nucléoles
(b) (cas 4 ; hématoxyline-éosine ; 205 x).

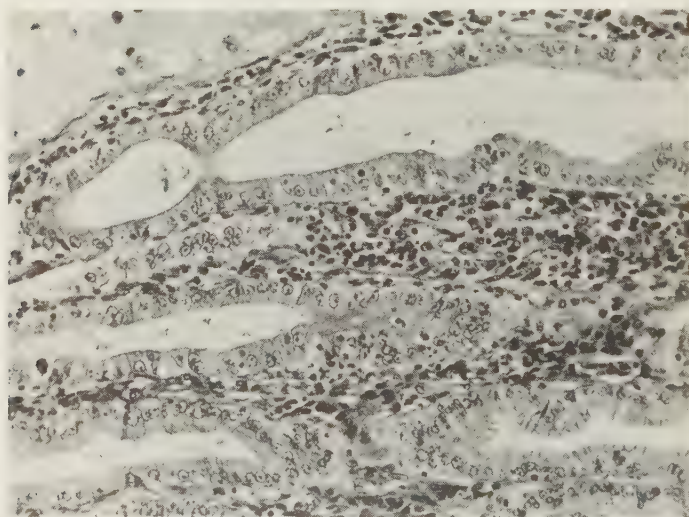


Figure 6 : Métaplasies basophiles à gros nucléoles
(cas 4 ; hématoxyline-éosine ; 205 x).

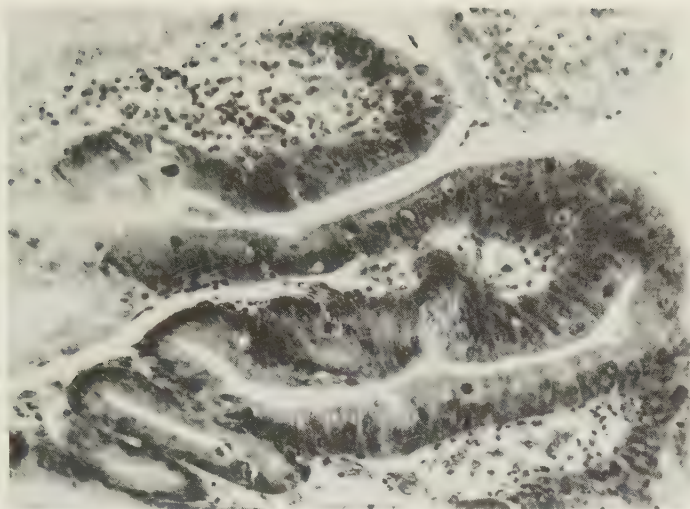


Figure 7 : Foyer de dysplasie marquée à la pointe d'un polype (cas 1 ; hématoxyline-éosine ; 205 x).

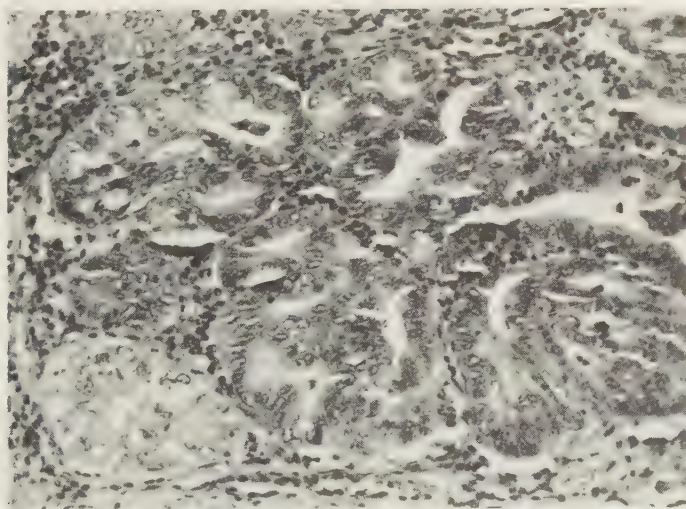


Figure 8 : Foyer de carcinome intramuqueux dans un polype (cas 1 ; hématoxyline-éosine ; 205 x).

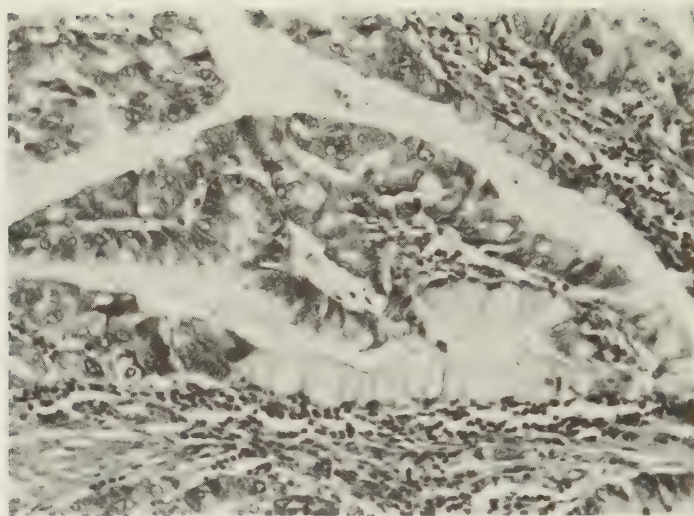


Figure 9 : Invasion d'une glande en métaplasie intestinale "anarchique" par l'adénocarcinome (cas 2 ; hématoxyline-éosine ; 205 x).

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Adar U., Friedlaender E., Loewenthal M., Czerniak P.
Menetrier's Disease
International Surgery 1967, 47, No. 4, 356-359
2. Albo R.J., Peters H.E., Williams R.R.
Giant Hypertrophic Gastritis
The American Journal of Surgery, 1973, 126, 229-234
3. Allouard L., Berutti A., Petit J., Biserte J.
A propos d'un nouveau cas de maladie de Ménétrier traitée
par gastrectomie totale
Journal de Chirurgie, 1973, 105, 561-568
4. Arnold J., Realini S., Flückiger A., Bugnion M., Hofstetter J.R.
Les "gros plis gastriques" Etude de vingt cas
Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS), 1972, 61, 147-155
5. Barthe J., Abry M.
Gastrite Hypertrophique et Polyadénomatoze Diffuse
Lyon Médical, 1969, 221, 1367-1380
6. Blanc D., Barge J., Konrat N., Hay J.M.
La Maladie de Ménétrier
Revue Française de Gastro-Entérologie, 1973, 93, 7-13
7. Bourdais J.P., Hureau J., Delavierre Ph.
Association de la maladie de Ménétrier avec la polypose gastrique,
les tumeurs villeuses et le cancer de l'estomac à propos de cinq
observations
Ann. Gastroent. Hépatol., 1975, 11, 85-98
8. Brown H.W., Riahi M.
Menetrier's Disease or Giant Hypertrophic Gastritis
A Report of Four Cases with Review of the Literature
International Surgery, 1966, 45, 403-413
9. Butz W.C.
Gastrite hypertrophique géante
Gastroenterology, 1960, 39, 183-190
10. Cabanne F., Piard A., Ferry C., Michiels R., Mabilie J.P., Putelat R.,
Gailliard P., Dusserre P., Justrabo E.
Maladie de Ménétrier ou Gastrite Hypertrophique géante
Sem. Hôp. Paris, 1970, 46, 2927-2937

11. Christopher F.
Malignant diffuse polyposis
Ann.Surg., 1937, 106, 139-142
12. Chusid E. L., Hirsch R. L., Colcher H.
Spectrum of hypertrophic gastropathy. Giant rugal folds, polyposis and carcinoma of the stomach. Case report and review of the literature
Arch. of Int. Med., 1964, 114, 621-628
13. Crismer R.
La Gastrite hypertrophique géante ou Maladie de Ménétrier étude clinique
Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, 1966, 2, 3, 93-106
14. Dagnelie J.
La Gastropathie hypertrophique à plis géants
Acta gastroenterol. belg., 1962, 25, 463-467
15. Dahm K. und Rehner M.
Das Karzinom im operierten Magen
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975
16. Demole M., Rudler J. C., Widgren S., Filliez B.
Gastropathie hypertrophique à plis géants (maladie de Ménétrier) avec lymphome histiocytaire malin
Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS), 1973, 62, 794-797
17. Gautier-Benoit C., Martin F., Houcke M., Harfouche M.
Maladie de Ménétrier révélée par une hémorragie digestive
Sem. Hôp. Paris, 1971, 47, 2633-2635
18. Gignoux M., Moulinier B., Truchot R.
A propos d'un cas de dégénérescence d'une polyadénomatose gastrique diffuse (Maladie de Ménétrier)
Lyon Médical, 1971, 225, 53-55
19. Gillett R.
Giant hypertrophic gastritis
Lance, 1956, 1, 1012-1013
20. Hawksley J. E.,
Tumor forming gastritis
Gut, 1963, 4, 153-154
21. Hureau J., Delavierre Ph., Vayre P., Levasseur J. C., Bourdais J. P., Laburthe-Tolra Y.
Association de la gastrite géante hypertrophique avec le cancer d'estomac et avec la polypose gastrique
Sem. Hôp. Paris, 1973, 49, 2042-2046
22. Hureau J., Bourdais J. F., Delavierre Ph.
Polyadénome polypeux de l'estomac et adénomatose muqueuse de Ménétrier
Sem. Hôp. Paris, 1973, 49, 1274-1276
23. Izarn R.
La Maladie de Ménétrier
Etude statistique de 1963 à 1975
Encyclopédie medico chirurgicale, 1975, 46, 15-18

24. Jones E.A., Young W.B., Morson B.C., Dawson A.M.
A study of six patients with hypertrophy of the gastric mucosa with particular reference to albumin metabolism
Gut, 1972, 13, 270-277
25. Keat E.C.B.
Giant Hypertrophic Gastritis (Menetrier's Disease)
Proc. roy. Soc. Med., 1972, 65, 749-50
26. Lambling A. et Bader J. P.
Etude biologique des gastrites hypertrophiques géantes
Acta Gastro-enterologica Belgica., 1962, 25, 552-568
27. Leonard P.
A propos de gastropathie hypertrophique à plis géants
Considérations diagnostiques et physiopathologiques
Acta Gastro-Enterologica Belgica, 1969, 32, 315-335
28. Loewenthal M., Steinitz H., Friedländer E.
Gastritis hypertrophica gigantea und Magenkarzinoma
Gastroenterologia, 1960, 93, 133-144
29. Marti M.C., Cox J.N., Widgren S., Bouzakoura C.
Carcinome intramuqueux et carcinome invasif de l'estomac
Schweiz. med. Wsch., 1973, 103, 1458-1462
30. Martin E., Potet F., Debray Ch., Lambling A.
Etude anatomique de la "gastrite hypertrophique géante"
Acta gastroenterol. belg., 1962, 25, 514-551
31. Martin E., Potet F., Marche Cl, Debray Ch., Lambling A.
Etude anatomopathologique de la gastropathie hypertrophique géante
Actual. Hepatogastroent. Hôtel Dieu, 1966, I, 116-144
32. Matzner M.J., Raab A.P., Spear P.W.
Benign giant gastric rugae complicated by submucosal gastric carcinoma
Gastroenterology, 1951, 18 : 296-302
33. Ménétrier P.
Des polyadénomes en nappe et de leurs rapports avec le cancer de l'estomac
Arch. Physiol. norm. pathol., 1888, 4ème série, tome 1, 20ème année, 32-55, 236-262
34. Mills G. P.
Multiple polypi of the stomach
Brit. J. Surg., 1922, 10, 226
35. Moeller D. D., Laiong R. R., Dunn G. D., Klotz A. P.
Hypertrophic gastropathy and carcinoma of the stomach
Gastroenterol., 1969, 56, 1237
36. Morson B. C.
Carcinoma Arising from areas of intestinal metaplasia of the gastric mucosa
Brit. J. Cancer, 1955, 9, 377-385

37. Morson B. C.
Precancerous lesions of upper gastrointestinal tract
Jama, 1962, 179, 311-315
38. Morson B. C., Dawson J. M. P.
Gastrointestinal pathology
Blackwell scientific publications, Exford-London-Edinburgh-Melbourne, 1972
39. Nora J., Vayre P., Levasseur J. C.
Gastrite hypertrophique et épithélioma cardio-tubérositaire
Sem. Hôp. Paris, 1968, 44, 1937-1939
40. Palumbo L. T., Rugtveit G. M., Gross K. R.
Giant hypertrophic gastritis. Its surgical and pathological significance
Ann. Surg., 1951, 2, 259-267
41. Pear E. G., Horsch R.
Hypertrophic gastritis malignant deterioration and metastasis to bone
Am. J. of gastroenterology, 1964, 42, 280-284
42. Pfeiffer C., Rudler J. C., Widgren S.
Gastropathie hypertrophique à plis géants (Maladie de Ménétrier)
Schweiz. Med. Wsch., 1965, 95, 24-30
43. Registre genevois des tumeurs : Cancer à Genève,
Incidence et mortalité, 1970-1973
44. Rossetti M.
Diskussionsbeitrag
Helv. Chir. Act., 1968, 35, 43
45. Roux M., Vayre P., Levasseur J. C.
Gastrite hypertrophique et épithélioma prépylorique
Sem. des Hôp. Paris, 1968, 44, 1935-1936
46. Rubin R. G., Fink H.
Giant hypertrophy of the gastric mucosa associated with carcinoma of the stomach
Am. J. Gastroenterol., 1967, 47, 379-388
47. Sarrazin A., Simon J., Bousquet O., Paillas J., Monod-Broca Ph.
Un cas de maladie de Ménétrier avec tumeur carcinoïde microscopique de l'estomac
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 331-336
48. Saubier E. C., Partensky C., Brault A., Barbe C.
Maladie de Ménétrier localisée avec ulcères traitée par gastrectomie polaire supérieure
Lyon Chir., 1973, 69, 455-458
49. Scott H. W., Shull H. J., Law D. H., Burko H., Page D. L.
Menetrier's disease with protein losing gastropathy
Ann. Surg., 1975, 181, 765-767

50. Siurala M., Seppala K.
Atrophic gastritis as a possible precursor of gastric carcinoma and pernicious anemia. Results of follow-up examinations
Acta Med.Scand., 1960, 166, 455-474
51. Stamatakis J.D., Wyatt A.P.
Menetrier's disease and carcinoma of the stomach
Proc. Roy. Soc. Med., 1976, 69, 264-265
52. Tacquet A., Luez J.
Coexistence de cancer de la grande courbure et de gastrite cérébriforme
Arch. Mal. App. Dig., 1956, 45, 405-406
53. Texter E.C., Legerton C.W., Reeves R.J., Smith A.G., Ruffin J.M.
Coexistent carcinoma of the stomach and hypertrophic gastritis. Report of a case with review of the literature
Gastroenterology, 1953, 24, 579-586
54. Valencia-Parpacen J., Bruni Celli B.
Hypertrophic gastritis versus gastric carcinoma
Am. J. Gastroenterology, 1973, 59, 119-133
55. Whitehead R.
Mucosal biopsy of the gastrointestinal tract. Major problems in pathology
W.B. Saunders Cy Ltd., London, Philadelphia, Toronto, 1973, 3

